



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 347/1147 - TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN NUESTROS PACIENTES ANCIANOS

R. Bartolomé Resano<sup>a</sup>, C. Palacios Palomares<sup>b</sup>, M. Bartolomé Resano<sup>c</sup>, A. Nieto Molinet<sup>d</sup>, A. Portu Iparraquirre<sup>b</sup> y F. Bartolomé Resano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Rochapea. Pamplona. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rochapea. Pamplona. <sup>c</sup>Enfermera. Centro de Salud Casco Viejo. Pamplona. Navarra. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rochapea. Pamplona. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Villava. Navarra.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la situación de nuestros pacientes ancianos con diabetes mellitus tipo 2 (DM). Evaluar si los tratamientos se adecuaban al nuevo consenso de las sociedades científicas (2018). Evaluar los tratamientos indicados según los objetivos de hemoglobina glicada (HbA1c). Evaluar si habíamos tenido en cuenta la fragilidad de cara a los objetivos y tratamientos.

**Metodología:** Seleccionamos todos los pacientes con DM mayores de 75 años de dos cupos de AP (n = 99) de dos centros de salud.

**Resultados:** Sexo: M = 52,5%, H = 47,5%. Edad: x = 79,9; s = 7,7 años. No todos tenían valoración integral previa, como recomienda el consenso, por lo que la clasificación se realizó a posteriori, de cara al objetivo: Grupo 1: ancianos con buen estado funcional, baja comorbilidad y buena expectativa de vida (objetivo HbA1c 7-7,5%) = 37,4%; HbA1c: x = 6,5%, s = 0,61%. Cumplen objetivo: 97,3% (pero 78,4% era < 7%, de ellos 6,9% con insulina). Grupo 2: ancianos frágiles, con discapacidad, demencia o expectativa de vida reducida (objetivo HbA1c 7,5-8,5%) = 62,6%; HbA1c = 7,5%, s = 1,33%. Cumplen objetivo: 82,3% (pero 50% era < 7,5%, de ellos 29% con insulina y 9,8% con sulfonilureas). Hay diferencias significativas (t Student) de HbA1c en ambos grupos (p < 0,0001), es decir parece que en ancianos frágiles mantenemos niveles más elevados y somos menos agresivos. Tratamientos: Grupo 1: metformina = 70,3%; iDPP4 = 13,5%; sulfonilureas = 2,4%; insulina = 13,5%; glinidas = 0%, glitazonas = 2,7%; acarbosa = 5,4%; iSGLT2 = 0%; arGLP1 = 0%. Grupo 2: metformina = 61,3%; iDPP4 = 30,6% (p < 0,05)\*; sulfonilureas = 11,3%; insulina = 40,3% (p < 0,005)\*; glinidas = 8,1%, glitazonas = 0%; acarbosa = 0%; iSGLT2 = 0%; arGLP1 = 0%. \*Se muestran solo las que tuvieron diferencias significativas ( $\chi^2$ ). Insuficiencia renal avanzada (FG < 30 mL/min) = 3%. 1 paciente llevaba glinidas, que están desaconsejadas. Enfermedades cardiovasculares: 39,4%. Ninguno llevaba sulfonilureas o glinidas, desaconsejadas en estos pacientes.

**Conclusiones:** Aunque no todos estaban clasificados previamente comprobamos que se tiene en cuenta la fragilidad de cara a establecer objetivos e indicar tratamientos, aunque sea subjetivamente. En los frágiles, con más comorbilidades y complicaciones, la HbA1c es mayor y

llevan más insulina, pero es satisfactorio ver que el tercer fármaco son los iDPP4, más seguros y recomendados. Habría que valorar suspender ese pequeño porcentaje de glinidas o sulfonilureas en ancianos frágiles, no recomendadas en dicho grupo. Algunos pacientes por debajo del objetivo de HbA1c llevan insulina, sobre todo un tercio de los frágiles, en los que habría que valorar reducirla o suspenderla evitando hipoglucemias.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus. Anciano. Tratamiento.